

## Original

## Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas



Juan Miguel Aguilar-Sánchez<sup>a</sup>, María José Cabañero-Martínez<sup>b,\*</sup>, Francisca Puerta Fernández<sup>c</sup>, Mireia Ladios-Martín<sup>d</sup>, José Fernández-de-Maya<sup>e</sup> y Julio Cabrero-García<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud de Guardamar del Segura, Guardamar del Segura, Alicante, España

<sup>b</sup> Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, Alicante, España

<sup>c</sup> Hospital Universitario de Torrevieja, Torrevieja, Alicante, España

<sup>d</sup> Ribera Salud, Valencia, España

<sup>e</sup> Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, Alicante, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 10 de julio de 2017

Aceptado el 28 de agosto de 2017

On-line el 28 de octubre de 2017

## Palabras clave:

Voluntades anticipadas

Testamento vital

Actitud del personal de salud

Derechos del paciente

Planificación anticipada de decisiones

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el grado de conocimiento y las actitudes sobre el documento de voluntades anticipadas (DVA) del personal médico y de enfermería de dos departamentos sanitarios, así como examinar su asociación con variables sociodemográficas y laborales de los profesionales.

**Método:** Se realizó una encuesta transversal a 329 profesionales a través de Internet y mediante un procedimiento estandarizado. Se examinaron los conocimientos y las actitudes hacia el DVA utilizando dos cuestionarios validados de 17 y 12 ítems, respectivamente. Se recogieron datos sociodemográficos y profesionales.

**Resultados:** El 45% fueron médicos/as, con una media de 13,1 (desviación típica [DT]: 8,3) años de experiencia profesional. El 67,5% fueron mujeres, con una edad media de 38,9 (DT: 9,2) años. Tuvieron actitudes muy positivas hacia el documento (media: 75,37; DT: 11,97; R=0-90), a pesar de que su nivel de conocimientos fue medio-bajo (media: 9,31; DT: 2,73; R=0-18). Tanto el nivel de conocimientos como su autopercepción se asociaron a la formación previa en cuidados paliativos, a la experiencia en el manejo del documento, su lectura o la demanda de información. La suscripción del documento se relacionó con la autopercepción de los conocimientos. Las actitudes se asociaron con la experiencia en el manejo y la actitud positiva hacia la formación.

**Conclusiones:** Los/las profesionales mostraron actitudes positivas hacia el DVA, pero escasos conocimientos sobre el mismo. La experiencia con el DVA fue la única variable que se asoció tanto a los conocimientos como a las actitudes de los profesionales.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Knowledge and attitudes of health professionals towards advance directives

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the degree of knowledge and attitudes of medical and nursing professionals in two health departments to advance directives, as well as to examine their association with the sociodemographic and occupational variables of the professionals.

**Methods:** A cross-sectional survey on 329 health professionals was carried out through the internet and a standardised procedure. The knowledge and attitudes of the professionals about advance directives were examined using two validated questionnaires of 17 and 12 items, respectively. Sociodemographic and professional data were also collected from the participants.

**Results:** 45% of the professionals were physicians, with  $\bar{X} = 13,1$  (SD: 8.3) years of professional experience. Sixty-seven point five percent were women and the mean age was 38.9 (SD: 9.2) years. Professionals had very positive attitudes towards the advance directives document ( $\bar{X} = 75.37$ ; SD: 11.97; R=0-90), although their level of knowledge about them was medium-low ( $\bar{X} = 9.31$ ; SD: 2.73; R=0-18). Both the level of knowledge and self-perception were associated with previous training in palliative care, experience with document management, reading, or the demand for information. Completing the document related to self-perception of knowledge. Attitudes towards the document related to experience in its use and a positive attitude toward training.

**Conclusions:** The professionals showed positive attitudes towards the advance directive document although low knowledge about it. Experience with the document was the only variable associated with both the knowledge and the attitudes of the professionals.

© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Marajose.cabanero@ua.es](mailto:Marajose.cabanero@ua.es) (M.J. Cabañero-Martínez).

## Introducción

En las últimas décadas se ha producido un cambio de perspectiva en la relación médico-paciente, evolucionando desde un modelo paternalista hacia otro centrado en la autonomía del paciente y el derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones clínicas<sup>1,2</sup>. Este empoderamiento del paciente en lo referente a las decisiones sobre su salud adquiere especial relevancia en las situaciones de fin de vida, cuando el derecho a la autonomía surge como manifestación de la libertad, la dignidad y el valor de la persona para planificar y decidir sobre las directrices a seguir durante su tratamiento activo y paliativo, así como una vez haya fallecido<sup>2,3</sup>. Legalmente, el paciente ejerce este derecho a través del consentimiento informado o del documento de voluntades anticipadas (DVA) cuando no es capaz de tomar decisiones.

La estrategia más eficaz para aumentar el número de inscripciones del DVA es la combinación de material informativo con conversaciones repetidas con los profesionales de la salud en las visitas clínicas<sup>4</sup>. Para ello es necesario que el profesional adquiera un papel activo, fomentando una relación médico-paciente prolongada y basada en la confianza, que facilite la toma de decisiones y una buena comunicación<sup>5,6</sup>, pese al rechazo cultural y el miedo que este tema puede generar inicialmente<sup>7,8</sup>.

Los estudios realizados en España sobre las actitudes y los conocimientos de los profesionales sobre el DVA indican que, mientras las actitudes son favorables, el conocimiento sobre qué es y cómo se implementa resulta en general escaso<sup>1,9–13</sup>. No obstante, estos resultados generales precisan al menos dos matizaciones. Por un lado, el cuestionario más empleado (cuestionario de Simón-Lorda et al.<sup>9</sup>) solo incluye, entre sus 12 ítems, dos para medir conocimientos, por lo que la evaluación de los conocimientos de los profesionales es todavía muy somera. El cuestionario de Champer et al.<sup>13</sup>, que evalúa específicamente conocimientos sobre el DVA con 18 ítems, solo se ha usado en un estudio, en el cual no se midieron actitudes. Por otro lado, la mayoría de los estudios se han realizado en profesionales de Andalucía<sup>7,9,11,12,14</sup>, y el resto en profesionales de Madrid<sup>10</sup>, Cataluña<sup>13</sup> y Galicia<sup>1</sup>. Dadas las diferencias entre comunidades autónomas sobre la legislación de la muerte digna, la formación en cuidados paliativos<sup>15,16</sup> y el desarrollo del sistema de atención a los pacientes con necesidades paliativas<sup>17</sup>, sería interesante tener información sobre el estado de la cuestión en otras comunidades.

Por todo ello, el objetivo de este trabajo fue evaluar el conocimiento (usando el cuestionario de Champer et al.<sup>13</sup>) y las actitudes (usando el cuestionario de Simón-Lorda et al.<sup>9</sup>) sobre el DVA entre profesionales médicos y de enfermería de atención primaria y especializada de dos departamentos sanitarios de la Comunidad Valenciana, así como explorar la asociación entre ambas variables y variables sociodemográficas, profesionales y de experiencias con el DVA.

## Método

### Población de estudio y muestra

La población del estudio estuvo constituida por todo el personal médico y de enfermería de los departamentos de salud de Torrevieja (Departamento 1) y Elche-Crevillente (Departamento 2), en total 1104 profesionales de atención especializada y 411 profesionales de atención primaria. Se excluyeron aquellos/as profesionales que realizan su labor asistencial exclusivamente en el área de pediatría y las matronas, así como los/las que dedicaban su jornada laboral a la gestión o la investigación sanitaria exclusivamente, que eran 500 personas. La población elegible estuvo constituida por 1015 profesionales.

### Variables e instrumentos

Para la evaluación de los conocimientos y las actitudes sobre el DVA se utilizaron dos cuestionarios validados en estudios previos elaborados y aplicados en muestras de personal sanitario de España:

#### 1) Cuestionario de conocimientos y actitudes (Simón-Lorda et al.<sup>9</sup>)

Este cuestionario está constituido por 12 ítems. El primero evalúa la autopercepción de los/las profesionales sobre sus conocimientos del DVA, utilizando una escala de 0 (muy mala) a 10 (excelente). Los dos ítems siguientes examinan los conocimientos de los/las profesionales, utilizando escalas categóricas. Los nueve ítems restantes hacen referencia a las actitudes de los/las profesionales sobre el DVA. Todos ellos son evaluados en una escala de 0 a 10, donde 0 es la peor puntuación y 10 es la mejor. Es la escala más utilizada en nuestro contexto, y los estudios que presentan su desarrollo y aplicaciones iniciales la muestran como una escala con buenas validez, factibilidad y comprensibilidad.

#### 2) Cuestionario de conocimientos (Champer et al.<sup>13</sup>)

Este cuestionario está constituido por 18 ítems agrupados en cinco bloques: (I) definición conceptual (2 ítems); (II) aspectos legales generales (5 ítems); (III) procedimiento y registro (4 ítems); (IV) contenidos (4 ítems) y (V) aplicación del DVA en la práctica clínica (3 ítems). Cada ítem tiene tres opciones de respuesta: sí, no o no sabe. Para determinar el nivel de conocimientos se asigna 1 punto a cada respuesta correcta y 0 puntos en caso de respuesta incorrecta o desconocimiento de la misma. Los autores definieron un patrón de respuesta mínima correcta constituido por 12 ítems: los dos del bloque de definición conceptual, cuatro ítems del bloque sobre aspectos legales generales, tres ítems del bloque de procedimiento y registro, y tres ítems sobre el bloque de contenidos del DVA. No se incluyó ningún ítem sobre la aplicación del DVA en la práctica clínica.

### Variables sociodemográficas y profesionales

Se incluyeron variables sociodemográficas (edad, sexo, mayores dependientes a su cargo) y variables relativas al centro de trabajo (departamento de salud, ámbito de trabajo y servicio de referencia) y a la formación de los profesionales (categoría profesional, años de experiencia, formación en cuidados paliativos). Además, se recogieron cuestiones relativas a la experiencia previa en el manejo del DVA y el interés del profesional en recibir formación específica sobre el mismo.

### Procedimiento

Se contactó con jefes/as de servicio, jefes/as de zona y supervisores/as médicos/as, así como con los/las coordinadores/as de enfermería, con el propósito de informales del objeto, la naturaleza y la justificación del estudio, las características del cuestionario y el modo de cumplimentarlo.

Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario electrónico que incluyó la solicitud del consentimiento informado y una carta de presentación del estudio. Una semana después del primer correo electrónico se remitió un segundo correo recordando la importancia de la participación y adjuntando de nuevo el enlace al cuadernillo de respuesta. Por último, se realizó un tercer envío, a las 3 semanas del primero, en el que se incluía de nuevo el enlace al cuestionario y se alentaba a la participación.

El cuestionario fue autocumplimentado por los/las profesionales sanitarios/as, y se mantuvieron el anonimato y la confidencialidad de la información recibida a través de la plataforma *online*.

Previamente a la recogida de datos definitiva se realizó un estudio de interpretabilidad de los ítems mediante entrevistas cognitivas a tres médicos y tres enfermeras seleccionados al azar de uno de los centros. También, y con la finalidad de pilotar el procedimiento de administración del cuestionario y verificar las tasas de respuesta, se llevó a cabo un estudio piloto en dos de los centros de atención primaria y en una unidad de cada hospital, seleccionados al azar.

### Estrategia de análisis

Se realizó un análisis descriptivo de la frecuencia de respuesta para cada uno de los ítems categóricos, y en el caso de las variables continuas se calcularon la media y la desviación típica. Para los análisis bivariados se calcularon los coeficientes de correlación lineal de Pearson para las puntuaciones totales de las escalas y el ítem sobre autopercepción de conocimientos. También se llevaron a cabo contrastes de hipótesis calculando el estadístico t de Student para la comparación de medias del patrón de respuesta mínima correcta, el ítem sobre autopercepción de conocimientos y la escala de actitudes hacia el DVA. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p \leq 0,05$  (contraste bilateral). Para comprobar la validez del sumatorio de los ítems sobre actitudes se llevó a cabo un análisis de componentes principales y se calculó su gráfico de sedimentación, así como la consistencia interna del sumatorio, a través del cálculo del estadístico alfa de Cronbach. Los análisis se llevaron a cabo con IBM Statistical Package SPSS Statistics 21.0.

### Consideraciones éticas

Se solicitó autorización para la realización del estudio al Comité de Ética de ambos departamentos de salud (CI2015-04). Así mismo, se solicitó consentimiento informado a los participantes en el estudio. Por otro lado, previamente a su utilización, también se solicitaron las autorizaciones pertinentes a los autores de los cuestionarios utilizados.

## Resultados

### Descripción de la muestra (tabla 1)

La muestra estuvo constituida por 329 profesionales, siendo la tasa de respuesta del 32,4%. Participaron en mayor medida los/las profesionales de enfermería (55% en la muestra; 45,2% en la población;  $p < 0,05$ ) que los/las médicos/as (45% en la muestra; 54,8% en la población;  $p < 0,05$ ), así como más profesionales de atención primaria (36,8% en la muestra; 23,7% en la población;  $p < 0,05$ ) que de atención especializada (63,2% en la muestra; 73,3% en la población;  $p < 0,05$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables departamento de salud, sexo y edad entre la población de elegibles y la muestra definitiva.

Solo 10 de los participantes (3%) afirmaron tener suscrito su DVA, el 20,4% ( $n = 67$ ) había recibido formación en cuidados paliativos y solo un 5,5% ( $n = 18$ ) indicaron no querer participar en actividades de formación sobre el DVA. El 19,5% ( $n = 64$ ) había atendido a algún paciente que les había pedido información sobre el DVA, y el 18,5% ( $n = 61$ ) afirmó haber tenido experiencias previas en el manejo del DVA.

### Cuestionario de conocimientos y actitudes<sup>9</sup> (tabla 2)

Los tres ítems relativos a conocimientos muestran que la auto-percepción general de conocimientos de los/las profesionales fue

**Tabla 1**

Características de la muestra ( $n = 329$ )

	%	n
<i>Profesión</i>		
Médico/a	45,0	148
Enfermera/o	55,0	181
<i>Contexto de atención</i>		
Atención primaria	36,8	121
Atención especializada	63,2	208
<i>Departamento de salud</i>		
Departamento 1	52,3	172
Departamento 2	47,7	157
<i>Sexo</i>		
Mujer	67,5	222
Hombre	32,5	107
<i>Tiene suscrito el DVA</i>		
Sí	3,0	10
No	97,0	319
<i>Tiene o tuvo familiares dependientes en el final de su vida</i>		
Sí	30,4	100
No	69,6	229
<i>Formación en cuidados paliativos</i>		
Sí	20,4	67
No	79,6	262
<i>Participaría en actividades de formación sobre DVA</i>		
Sí	94,5	311
No	5,5	18
<i>Algún paciente le ha pedido información del DVA</i>		
Sí	19,5	64
No	80,5	265
<i>Ha tenido experiencia en el manejo del DVA</i>		
Sí	18,5	61
No	81,5	268
<i>Edad (<math>n = 326</math>), media (DT)</i>	38,9	(9,2)
<i>Años de experiencia (<math>n = 325</math>), media (DT)</i>	13,1	(8,3)

DVA: documento de voluntades anticipadas; DT: desviación típica.

**Tabla 2**

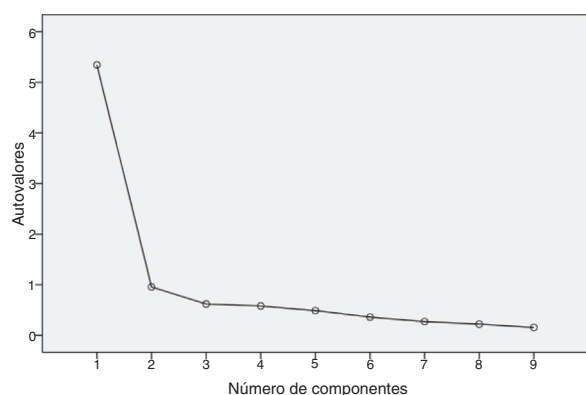
Puntuaciones en el cuestionario de conocimientos y actitudes<sup>7</sup> ( $n = 329$ )

Ítem	Media	DT
1. Puntuación conocimientos	5,36	2,07
4. Conviene planificar y escribir deseos	8,71	1,64
5. Instrumento útil para profesionales	8,16	2,05
6. Instrumento útil para familiares	8,92	1,46
7. El representante facilita la toma de decisiones a profesionales	8,70	1,81
8. Recomendaría a sus pacientes hacer DVA	8,54	1,61
9. Le gustaría que sus familiares tuvieran suscrito un DVA	8,70	1,64
10. Cumplimentaría su DVA	8,83	1,63
11. Respetaría el DVA de un paciente	9,19	1,29
12. Es probable que haga su DVA el próximo año	5,63	3,20
<i>Escala de actitudes (ítems del 4 al 12)</i>	75,37	11,97
2. Las voluntades anticipadas están reguladas por ley, % ( $n$ )		
Sí	55,9 (184)	
No	0,9 (3)	
No sabe/no contesta	43,2 (142)	
3. Ha leído el DVA, % ( $n$ )		
Sí	22,2 (73)	
No	77,8 (256)	

DVA: documento de voluntades anticipadas; DT: desviación típica.

de 5,36 (DT: 2,07; recorrido: 0-10), el 55,9% ( $n = 184$ ) de ellos conocían el hecho de que las voluntades anticipadas están reguladas por ley y solo el 22,2% ( $n = 73$ ) afirmaban haber leído el DVA.

En relación con las actitudes de los/las profesionales hacia el DVA, las puntuaciones medias oscilaron entre 5,63 (DT: 3,20) para el ítem 12 sobre la probabilidad de hacer su DVA el próximo año



**Figura 1.** Gráfico de sedimentación, escala de actitudes (n=329).

y 9,19 (DT: 1,29) para el ítem 11 relativo al respeto del DVA de los pacientes. El análisis de componentes principales de los ítems vinculados a las actitudes (del 4 al 12) mostró la extracción de un único componente que explicaba el 59,38% de la varianza y mostraba un gráfico de sedimentación (fig. 1) que confirmaba dicha estructura. La consistencia interna de la escala analizada a través del alfa de Cronbach fue de 0,87. Basándose en ambos datos, se calculó el sumatorio total de los ítems de actitudes, que hemos denominado «Escala de actitudes» y que obtuvo una puntuación media de 75,37 (DT: 11,97; recorrido: 0-90) para la muestra total.

#### Cuestionario de conocimientos<sup>13</sup> (tabla 3)

Para comparar las puntuaciones medias de aciertos en cada uno de los bloques del cuestionario, en el patrón de respuesta mínima y en la puntuación total, se transformaron las puntuaciones a una escala 0-100. Como puede verse en la figura 2, el bloque sobre la definición conceptual es el que obtuvo mejor puntuación (92,50),

seguido del bloque sobre aplicación del DVA en la práctica (69,33). El bloque con menor puntuación media fue el de procedimiento y registro (27,25). La puntuación total y la puntuación obtenida en el patrón de respuesta mínima fueron prácticamente idénticas: 51,72 y 51,25, respectivamente.

#### Análisis bivariado

El análisis correlacional mostró una asociación significativa y alta entre la puntuación del patrón de respuesta mínima y la puntuación total de conocimientos ( $r=0,92$ ;  $p \leq 0,001$ ). La auto-percepción de conocimientos se asoció moderadamente con las puntuaciones de dicho patrón de respuesta ( $r=0,37$ ;  $p \leq 0,001$ ) y con la escala total de conocimientos ( $r=0,35$ ;  $p \leq 0,001$ ). Por último, la escala de actitudes se asoció, con correlaciones moderadas-bajas, con la autopercepción del conocimiento ( $r=0,28$ ;  $p \leq 0,001$ ) y con la puntuación total de conocimientos ( $r=0,12$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Se observaron puntuaciones más altas, con diferencias estadísticamente significativas, en el patrón de respuesta mínima correcta en los/las profesionales que habían recibido formación en cuidados paliativos ( $p \leq 0,05$ ), entre aquellos/as a quienes les habían solicitado información sobre el DVA ( $p \leq 0,05$ ), los/las que indicaron haber manejado el DVA ( $p \leq 0,001$ ) y aquellos/as que lo habían leído ( $p \leq 0,001$ ) (tabla 4). En relación a la percepción del nivel de conocimiento sobre el DVA, obtuvieron puntuaciones significativamente superiores los/las profesionales que tenían suscrito el DVA ( $p \leq 0,001$ ), los/las que habían recibido formación en paliativos ( $p \leq 0,001$ ), aquellos/as a quienes les habían solicitado información sobre el mismo ( $p \leq 0,001$ ), los/las que indicaron haber tenido experiencia en el manejo del DVA ( $p \leq 0,001$ ) y aquellos/as que lo habían leído ( $p \leq 0,001$ ).

Además, el análisis por bloques del cuestionario mostró que los/las profesionales que afirmaron que algún paciente les había pedido información sobre DVA puntuaron más alto en el bloque de definición conceptual ( $p \leq 0,001$ ), y aquellos/as que afirmaron haber

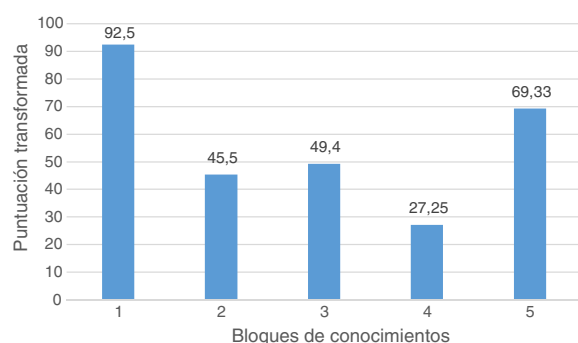
**Tabla 3**  
Puntuaciones en el cuestionario de conocimientos<sup>19</sup> (n=329)

Bloque e ítems	Media (DT)	PT	Acierto % (n)
<b>Definición conceptual del DVA (2 ítems)</b>	1,85 (0,39)	92,50	
1. Las voluntades anticipadas son instrucciones sobre la conducta para seguir en la última etapa de la vida [...] <sup>a</sup>			97,0 (319)
2. El DVA se fundamenta en el derecho a la autonomía <sup>a</sup>			88,4 (291)
<b>Contenido del DVA (4 ítems)</b>	1,82 (0,89)	45,50	
3. En el DVA se debe nombrar obligatoriamente un representante <sup>a</sup>			34,0 (112)
6. En el DVA se pueden incluir aspectos contrarios a la legislación vigente <sup>a</sup>			60,2 (198)
12. Se pueden incluir en el DVA instrucciones sobre donación de órganos <sup>a</sup>			82,2 (271)
16. Actualmente se aceptan DVA que contengan aspectos contrarios a la legislación vigente			5,5 (18)
<b>Aspectos legales del DVA (5 ítems)</b>	2,47 (1,09)	49,40	
4. La familia del paciente debe estar de acuerdo con el contenido del DVA para que se pueda aplicar			76,0 (250)
7. El DVA se dirige al médico encargado de la atención del enfermo <sup>a</sup>			42,2 (139)
10. El DVA está regulado por la ley <sup>a</sup>			73,9 (243)
14. Se pueden incluir en el DVA situaciones de suspensión temporal de la aplicación <sup>a</sup>			42,9 (141)
15. El médico encargado está obligado por ley a seguir el DVA <sup>a</sup>			12,2 (40)
<b>Procedimiento y registro (4 ítems)</b>	1,09 (1,04)	27,25	
5. El DVA solo se puede formalizar ante notario <sup>a</sup>			42,9 (141)
8. El DVA tiene un formato único diseñado por el departamento de salud <sup>a</sup>			19,1 (63)
11. Cualquier persona puede redactar su DVA			27,4 (90)
13. El DVA solo es válido si está inscrito en el registro del departamento de salud <sup>a</sup>			19,8 (65)
<b>Aplicación del DVA en la práctica (3 ítems)</b>	2,08 (0,88)	69,33	
9. El médico encargado tiene la obligación moral de seguir el DVA			86,9 (286)
17. Si el médico encargado conoce la voluntad del paciente, tiene el deber moral de seguirla [...]			50,5 (166)
18. Si el médico encargado no quiere seguir la voluntad del paciente, tiene el deber moral de transferir [...]			70,5 (232)
<b>Escala total (18 ítems)</b>	9,31 (2,73)	51,72	
<b>Patrón de respuesta mínima (12 ítems)</b>	6,15 (2,12)	51,25	

DVA: documento de voluntades anticipadas; DT: desviación típica; PT: puntuación transformada.

<sup>a</sup> Ítems del patrón de respuesta mínima.





**Figura 2.** Puntuaciones transformadas por bloques. Bloques de contenidos: 1) definición conceptual; 2) contenido; 3) aspectos legales; 4) procedimiento y registro; 5) aplicación en la práctica.

manejado el DVA mostraron puntuaciones significativamente más altas en el bloque de contenido del DVA ( $p < 0,001$ ). Los/las profesionales que habían leído el DVA obtuvieron mejores puntuaciones en tres bloques ( $p \leq 0,001$ ): contenido del DVA, aspectos legales, y procedimiento y registro.

Por último, solo los/las profesionales que afirmaron querer participar en actividades de formación sobre el DVA ( $p \leq 0,001$ ) y los/las que indicaron haber tenido experiencia en el manejo del DVA ( $p \leq 0,001$ ) mostraron una puntuación significativamente superior en actitudes hacia el DVA.

## Discusión

Este estudio ha explorado los conocimientos y las actitudes de los/las profesionales sanitarios/as hacia el DVA. En general, tienen actitudes muy positivas hacia el DVA, a pesar de que su autopercepción de nivel de conocimientos es medio-bajo. Según nuestros resultados, tanto el conocimiento sobre el DVA como su autopercepción se han asociado a la formación previa en cuidados

paliativos y a la experiencia en el manejo del mismo, a su lectura o a la demanda de información explícita por parte del paciente. La suscripción del DVA solo se relacionó con la autopercepción de conocimientos, pero no con los conocimientos valorados objetivamente. Las actitudes hacia el DVA únicamente se han relacionado con la experiencia en el manejo del DVA y la actitud positiva hacia la formación.

En general, la autopercepción de conocimientos de los/las profesionales sobre el DVA obtiene una puntuación media similar a la referida por Simón-Lorda et al.<sup>9</sup> y Ameneiros-Lago et al.<sup>1</sup> en médicos, y por Fajardo et al.<sup>12</sup> en diferentes profesionales sanitarios. En cuanto a la evaluación objetiva de los conocimientos, los/las profesionales demostraron conocer bien los aspectos conceptuales del DVA, así como su aplicación en la práctica. Sin embargo, mostraron desconocer cuestiones importantes, como los aspectos legales, su contenido y, especialmente, la información relativa al procedimiento y registro. Estos resultados coinciden con los de Chamber et al.<sup>13</sup>, quienes identificaron déficits de conocimientos en las mismas dimensiones del cuestionario.

La puntuación obtenida en el patrón de respuesta mínima mostró una fuerte asociación con la puntuación total de conocimientos, por lo que podemos considerarlo un buen indicador de los conocimientos totales de los/las participantes.

Por otro lado, el hecho de que los/las profesionales mostraran actitudes muy positivas hacia el DVA apoya los resultados obtenidos en los estudios realizados en nuestro contexto, observándose la máxima puntuación siempre en el ítem relativo al respeto a la autonomía del paciente a través del DVA, y la mínima puntuación en el ítem relativo a la suscripción personal a lo largo del próximo año<sup>1,9–12</sup>. La revisión realizada por Coleman<sup>18</sup> sobre los determinantes de las actitudes de los médicos hacia las voluntades anticipadas respalda nuestros resultados. Esta síntesis de la literatura muestra que, en general, los médicos manifiestan actitudes positivas hacia las voluntades anticipadas, y el respeto a la autonomía del paciente emerge como principal determinante de dichas actitudes<sup>18</sup>.

**Tabla 4**

Asociaciones bivariadas entre las actitudes y los conocimientos sobre DVA y variables sociodemográficas, profesionales y experienciales con el DVA (n = 329)

Variable (n)	Categorías (n)	PRM conocimientos Media (DT)	Autopercepción conocimientos Media (DT)	Escala actitudes Media (DT)
Sexo (329)	Hombre (107)	6,37 (2,01)	5,02 (2,01)	74,20 (11,90)
	Mujer (222)	6,04 (2,16)	5,45 (2,09)	75,94 (11,99)
Edad, años (326)	>36 (174)	6,15 (2,18)	5,18 (2,12)	75,21 (12,29)
	<36 (152)	6,11 (2,06)	5,53 (2,00)	75,49 (11,64)
Profesión (329)	Enfermero/a (181)	6,09 (2,25)	5,40 (2,11)	76,24 (11,48)
	Médico/a (148)	6,22 (1,96)	5,32 (2,02)	74,32 (12,50)
Años experiencia (325)	≥10 (198)	6,11 (2,17)	5,11 (2,06)	75,71 (12,09)
	<10 (127)	6,14 (2,03)	5,69 (2,03)	74,90 (11,79)
Dpto. de Salud (329)	Departamento 1	6,25 (2,07)	5,38 (2,09)	75,73 (12,21)
	Departamento 2	6,04 (2,17)	5,34 (2,06)	74,99 (11,73)
Contexto (329)	Atención primaria (121)	6,15 (2,09)	5,18 (2,11)	75,50 (13,38)
	Atención especializada (208)	6,15 (2,15)	5,47 (2,04)	75,30 (11,10)
Suscrito DVA (329)	Sí (10)	7,00 (1,88)	7,80 (1,99) <sup>a</sup>	79,60 (15,58)
	No (319)	6,12 (2,13)	5,29 (2,03) <sup>a</sup>	75,24 (11,85)
Familiar dependiente en fin de vida (329)	Sí (100)	6,37 (1,94)	5,34 (2,02)	76,86 (11,23)
	No (229)	6,05 (2,19)	5,37 (2,09)	74,72 (12,25)
Formación en CP (329)	Sí (67)	6,63 (2,06) <sup>b</sup>	6,03 (1,94) <sup>a</sup>	76,00 (15,07)
	No (262)	6,03 (2,12) <sup>b</sup>	5,19 (2,07) <sup>a</sup>	75,21 (11,07)
Participaría en formación sobre DVA (n = 329)	Sí (311)	6,15 (2,13)	5,38 (2,07)	75,84 (11,84) <sup>a</sup>
	No (18)	6,06 (2,07)	5,00 (2,11)	67,28 (11,60) <sup>a</sup>
Le ha solicitado información algún paciente (329)	Sí (64)	6,67 (1,91) <sup>b</sup>	6,11 (2,03) <sup>a</sup>	76,25 (11,70)
	No (265)	6,02 (2,15) <sup>b</sup>	5,18 (2,04) <sup>a</sup>	75,16 (12,05)
Experiencias previas en el manejo del DVA (329)	Sí (61)	7,05 (1,80) <sup>a</sup>	6,69 (1,95) <sup>a</sup>	79,54 (9,02) <sup>a</sup>
	No (268)	5,94 (2,14) <sup>a</sup>	5,06 (1,98) <sup>a</sup>	74,43 (12,36) <sup>a</sup>
Ha leído el DVA de la Comunidad Valenciana (329)	Sí (73)	7,33 (2,01) <sup>a</sup>	6,99 (1,79) <sup>a</sup>	75,45 (13,30)
	No (256)	5,81 (2,03) <sup>a</sup>	4,90 (1,90) <sup>a</sup>	75,35 (11,59)

CP: cuidados paliativos; DT: desviación típica; DVA: documento de voluntades anticipadas; PRM: patrón de respuesta mínima.

<sup>a</sup>  $p \leq 0,001$ .

<sup>b</sup>  $p \leq 0,05$ .

Las experiencias previas con el DVA, a excepción de la suscripción, y la formación en cuidados paliativos fueron las dos únicas variables que se asociaron tanto a los conocimientos de los/las profesionales como a su autopercepción. La suscripción del DVA solo se asoció a la autopercepción de conocimientos.

Por último, la motivación hacia la formación y la experiencia con el DVA, no la suscripción, se relacionaron con las actitudes hacia el mismo. Estos resultados son congruentes con algunos estudios internacionales que mostraron una relación positiva entre la experiencia en el uso y las actitudes positivas hacia el DVA<sup>18–20</sup>.

Una limitación de este estudio es la baja tasa de respuesta obtenida, por lo que finalmente la muestra ha resultado ser auto-seleccionada. Es razonable pensar que los/las participantes, frente al resto, tengan actitudes más favorables y en general un mayor interés por el DVA. No es tan evidente la especulación sobre cómo la autoselección de la muestra puede influir en la estimación del nivel de conocimientos ni en la asociación entre ambas variables y con el resto de las asociaciones estudiadas. Sería interesante indagar en futuros estudios las características de los/las profesionales que inicialmente no participan frente a los/las que sí lo hacen, así como los motivos de la no participación.

En conclusión, los/las profesionales sanitarios/as mostraron actitudes positivas hacia las voluntades anticipadas que, sin embargo, no se reflejaron en su nivel de conocimientos. Los conocimientos sobre el DVA son mejorables, siendo inferiores a su propia percepción en muchos casos, especialmente en aspectos concretos como el procedimiento y el registro. Por otro lado, las únicas variables que parecen asociarse con los conocimientos de los/las profesionales son la formación y la propia experiencia con el DVA, mientras que las actitudes se asociaron con la motivación a la formación y la experiencia previa en el manejo.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de implantar programas específicos de formación continuada o de incluir contenidos referidos a las voluntades anticipadas y la planificación anticipada de decisiones en los programas oficiales de formación de grado y máster de los/las profesionales sanitarios/as. Dichos programas deberían integrar actividades de adquisición de conocimientos con actividades de carácter práctico o experiencial en el manejo del DVA<sup>21</sup>. Desde el ámbito clínico, puede resultar útil el desarrollo de vías clínicas que incluyan los procesos de toma de decisiones y la planificación anticipada de cuidados como elementos básicos en los cuidados a pacientes con necesidades paliativas.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

La inscripción de las voluntades anticipadas está influida por los conocimientos y las actitudes de los profesionales sobre las mismas. En estudios realizados en España, los profesionales muestran actitudes favorables hacia el documento de voluntades anticipadas, pero la evidencia sobre sus conocimientos al respecto es menos sólida y probablemente insuficiente.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Aunque las actitudes fueron favorables, como en estudios previos, los conocimientos fueron escasos; estos se asociaron con la formación en cuidados paliativos y la experiencia con el documento de voluntades anticipadas. Estos hallazgos sugieren que es necesaria la formación de los profesionales sobre el documento de voluntades anticipadas. Un paso más sería incorporar la toma de decisiones y la planificación anticipada de cuidados en las vías clínicas de cuidados paliativos.

### Editor responsable del artículo

David Cantarero.

### Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

### Contribuciones de autoría

J.M. Aguilar, M.J. Cabañero y J. Cabrero son responsables del diseño del estudio. Todos los autores participaron en la planificación del estudio de campo y su realización. J.M. Aguilar, M. Ladios, F. Puerta y J. Fernández fueron los responsables de la administración y el envío de los cuestionarios. J.M. Aguilar y M.J. Cabañero diseñaron la base de datos y aseguraron su calidad. M.J. Cabañero y J. Cabrero analizaron los resultados y realizaron la primera interpretación de los mismos. M.J. Cabañero, J. Cabrero y J.M. Aguilar redactaron el primer borrador del manuscrito. Todas las personas firmantes aportaron ideas, interpretaron los hallazgos, revisaron los borradores del manuscrito y aprobaron la versión final.

### Financiación

Ninguna.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Agradecimientos

A todos/as los/las profesionales sanitarios de los centros participantes que atendieron nuestra solicitud y dedicaron tiempo a responder el cuestionario.

### Bibliografía

- Ameneiros-Lago E, Carballada-Rico C, Garrido-Sanjuán JA. Conocimientos y actitudes sobre las instrucciones previas de los médicos de atención primaria y especializada del área sanitaria de Ferrol. *Rev Calid Asist*. 2013;28:109–16.
- Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, et al. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gac Sanit*. 2010;24:247–50.
- Resende-Carvalho S. Promoción de la Salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colect*. 2008;4:335–47.
- Tamayo-Velázquez M, Simón-Lorda P, Villegas-Portero R, et al. Interventions to promote the use of advance directives: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns*. 2010;80:10–20.
- Andrés-Pretel F, Navarro Bravo B, Párraga Martínez I, et al. Conocimientos y actitudes de los mayores hacia el documento de voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2012;26:570–3.
- Martínez K. Los documentos de voluntades anticipadas. *Anales Sis San Navarra*. 2007;30:87–102.
- Contreras-Fernández E, Rivas-Ruiz F, Castilla-Soto J, et al. Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria*. 2015;47:514–22.
- Antolín A, Sánchez M, Miró O. Evolución temporal en el conocimiento y el posicionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas respecto al testamento vital. *Gac Sanit*. 2011;25:412–8.
- Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, Vázquez-Vicente A, et al. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria*. 2008;40:61–6.
- Toro Flores R, Silva Mato A, Piga Rivero A, et al. Conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas. *Aten Primaria*. 2013;45:404–8.

11. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, González Rubio MJ, et al. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en 2 áreas sanitarias de Andalucía. *Enferm Clin*. 2008;18:11–7.
12. Fajardo Contreras MC, Valverde Bolívar FJ, Jiménez Rodríguez JM, et al. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el documento de voluntades anticipadas: diferencias entre distintos profesionales y provincias de una misma autonomía. *Semergen*. 2015;41:139–48.
13. Champer Blasco A, Caritg Monfort F, Marquet Palomer R. Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. *Aten Primaria*. 2010;42:463–9.
14. Contreras-Fernández E, Barón-López FJ, Méndez-Martínez C, et al. Validación del cuestionario de conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de voluntades anticipadas. *Aten Primaria*. 2017;49:233–9.
15. Valles P, García I. Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. *Med Pal*. 2013;20:111–4.
16. Vaquero J, Centeno C. Panorama actual de la enseñanza de medicina paliativa en la universidad española. *Med Pal*. 2014;21:3–8.
17. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Análisis y evaluación de los recursos de cuidados paliativos de España. Madrid: SECPAL; 2016.
18. Coleman AME. Physician attitudes toward advanced directives: a literature review of variables impacting on physicians' attitude toward advanced directives. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012;30:696–706.
19. Davidson KW, Hackler C, Caradine DR, et al. Physicians' attitudes on advance directives. *JAMA*. 1989;262:2415–9.
20. Schiff R, Sacares P, Snook J, et al. Living wills and the mental capacity act: a postal questionnaire survey of UK geriatricians. *Age Ageing*. 2006;35:116–21.
21. Nebot C, Ortega B, Mira JJ, et al. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2010;24:437–45.